

Türkiye'de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler

Mehmet Onarcan



1996 yılında kurucuları arasında yer aldığı Life Evde Bakım'da yöneticilik yapmaktadır. Bir süre ABD'de Roberts Home Medical firmasında çalıştı, bu alanda ülkemize ilk know-how transferini gerçekleştirdi. Kurucu üyeleri arasında yer aldığı Evde Bakım Derneği'nin halen Yönetim Kurulu Başkanlığı'nı yürütmektedir. 2003 yılında 3. Dünya Evde Bakım Kongresi'nde Dünya Forumunda tüm dünya ülkelerinden, tecrübe paylaşımı için davet edilen 3 konuşmacıdan biri olmuştur. Dünya Evde Bakım Derneği'nin de üyesi olan Onarcan, bugüne kadar 30'a yakın ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıda bildiriler sunmuş, çalışma gruplarına başkanlık yapmıştır.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılığın artışı ve buna bağlı problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. 2000 yılı itibarıyla toplam dünya nüfusunun %10'u 60 yaş üstündeyken

2050'de bu oranın %20'nin üzerine çıkması beklenmektedir. Bu rakamlardan hareketle 400 milyon yaşlının gelişmiş ülkelerde, 1,5 milyar yaşlının ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı hesaplanmaktadır. Avrupa ülkelerinin 21 tanesinde daha 2001 yılı itibarıyla 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %20'yi aşmıştır.

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Hatta demografik geçiş süreci Türkiye'de Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır. Yaşları 65'in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de top-



1 Temmuz 2005'ten itibaren başlayarak bir ilk olarak bakıma muhtaç özürsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan evde bakım aylığı alan kişi sayısı 300 bini bulmuştur.

lam içindeki payı önümüzdeki 20-30 yılda olağanüstü bir hızla artacaktır. 1990 yılında 65 yaşın üstündekiler toplam nüfusun yüzde 4.5'ine eşit iken 2025'te bu oran iki katına, yüzde 9'a çıkmış olacaktır. Gerek TÜİK, gerekse Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan projeksiyonlara göre önümüzdeki 25 yılda ülke nüfusu % 30 artarken 65 yaş üstü nüfustaki artış oranı %120 olacaktır. Türkiye, önümüzdeki 25 yılda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ikinci ülke olacaktır.

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları ve bakım ihtiyacı da hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit halini almaktadır. Artan yaşlılıkla beraber kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre günümüzde dünya sağlık harcamalarının %60'ı kronik hastalıkların tedavisine harcanmakta, ölümlerin %75'i ise kronik hastalık kaynaklıdır. Yalnızca diyabetli hasta sayısının 2015 yılına kadar ikiye katlanacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın hastalık yükü araştırmasına göre toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır. Diğer yandan nüfusumuzun % 12,29'unun (8,5 milyon kişi) engelli bi-

reylerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda ülkemizde ileriki yıllarda dramatik bir hızla artış gösterecek bakım ihtiyacının daha şimdiden ne kadar büyük boyutta olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yaşlanmanın sonucu olarak kronik hastalıklarda artışın yanı sıra özürsü nüfus ve var olan özürsülük derecesinde de artış görülmektedir. Tüm bu etkenler bir araya geldiğinde yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım ihtiyacında ciddi bir artış görülmekte ve bu ihtiyacın gelecekte daha da artış göstereceği bilinmektedir. Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sistemlerin daha verimli çalışması için iyileştirme çalışmaları yapılırken henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkelerde ise ülke gerçeklerine uygun modellerin en kısa zamanda uygulamaya alınması gerekmektedir. *Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak öne çıkmaktadır.*

Türkiye'de evde bakım hizmetleri açısından mevcut durum

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu maalesef dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde görülmektedir. İlk profesyonel hizmet sunumu örnekleri bundan 15 yıl önce özel sektörle başlamış, bunu 2001 yılından itibaren yerel yönetimlerin hizmetleri takip etmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 25751 sayılı "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik"tir.

Sağlık Bakanlığı dışında bu alana yönelik diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005'ten itibaren başlayarak Bakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle "Bakım Muhtaç Özürsülere" kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde, bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç özürsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan evde bakım aylığı alan kişi sayısı 300 bini bulmuştur.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılından itibaren başlamış, takip eden 5-6 yıllık süre içinde 10 civarında ilde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010'da yürürlüğe sokulan "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; "evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması" olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede "evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak" ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmek için çalışmalarını hızlandırmıştır. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturulmaktadır. Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur.

Özel sektörün girişimi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır. Halen ülkemizde Sağlık Bakanlığı'ndan özel evde bakım merkezi veya evde bakım birimi ruhsatı alan ve aktif olarak hizmet sunan kurum sayısı 20 civarında ve 4-5 büyük şehirlerle sınırlıdır.

Yerel yönetimlerin hizmetleri çok daha geniş kitlelere hizmet götürebilmek ve bazı örneklerde sosyal destek hizmetlerini de kapsaması açısından önemlidir. Diğer yandan evde sağlık hizmetleri genellikle multidisipliner yaklaşım yönün-



den sınırlıdır. Bu hizmetlerin maliyeti tamamen yerel yönetimlerin kaynaklarından karşılanmakta olup bazı bölgelerde, dönemsel bütçelerin getirdiği sınırlamalar hizmette sürekliliğinin sağlanamamasına da neden olabilmektedir. Ortak bir model olmamasından dolayı hizmet kapsamı farklılık göstermekte, bazı yerel yönetimler sosyal desteğe ağırlık verirken, bazıları sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır. Yerel yönetimlerin evde bakım uygulamaları daha çok büyük şehir belediyeleri ve bu şehirlerdeki büyük ilçelerle sınırlıdır.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri, hizmetin ülke geneline yaygınlaştırılması ve kamusal finansman ile sunumu açısından en önemli uygulamadır. Genelde yatağa bağımlı olup hastane hizmetlerine erişemeyen hastaların evlerine yapılan ziyaretlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Sevindirici olan, bu birimlerin daha az nüfuslu olan şehirlerde de kurulmuş olmasıdır. Evde sağlık birimlerinin il ve ilçe devlet hastanelerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinde de oluşturulmasına başlan-

mıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı açıklamalarda 2011 yılı sonuna kadar 100 bin hastaya evinde sağlık hizmeti götürülmesi hedeflenmektedir. Hizmetlerin aile hekimliği sistemine de entegre edilmesi amaçlanmakta ancak aile hekimliği sisteminin evde sağlık ve bakım hizmetlerini tüm bölgelerde sunmak için henüz gerekli yapılanmaya sahip olmaması nedeniyle ülke genelinde bir entegrasyonun hemen gerçekleşmeyeceğini öngörmek yanlış olmayacaktır. Sivil toplum örgütlerinden, özellikle engellilere ve belli hastalık gruplarına yönelik çalışma yapan ve bu alanda duyarlı olan az sayıda dernek ve vakıf, hedef kitlelerinin bakım ihtiyaçlarına yönelik bazı projeler, hizmetler geliştirmektedir. Ancak sivil toplum örgütlerinin çok güçlü olmadığı ülkemizde evde bakım gibi kapsamlı hizmetlerin etkin ve sürekli bir şekilde sunumu için yeterli kaynak oluşturulamamakta, sivil toplum tarafından ihtiyaç sahipleri için kalıcı bir model yerleştirilmesi mümkün olamamaktadır.

Aile bireyleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin

sunumunda en önemli insan kaynağını oluşturmaktadır. SHÇEK'in yasal düzenlemeleri ve uygulaması özürsüz ve yaşlıların bakımını üstlenen aile bireylerinin maddi açıdan desteklenmesi için önemli bir adımdır. Ayrıca sivil toplum örgütleri çeşitli engelli ve hasta gruplarının ailelerini desteklemek açısından örnek çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Ancak tüm bunlara rağmen evde bakımda çok önemli rol üstlenen on binlerce aile, birçok ihtiyacı açısından destek bulamamakta, bu zorlu süreçte yalnız kalmaktadır. Ülkemiz için oluşturulacak evde bakım modelinde aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacağı ve nasıl desteklenecekleri de şekillendirilmelidir.

Profesyonel olmayan kayıt dışı hizmet sunumu, gelişmiş evde bakım sistemlerine sahip olan ülkelerde dahi önemli ve üzerinde çalışılan bir sorundur. Ülkemizde henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda sunulan hizmetlerin kapsamı, nüfusun bu hizmetlere coğrafi ve ekonomik olarak erişim imkânı artmıştır.

Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir ancak diğer taraftan standart dışı, profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir. Bu alana yönelik olarak yapılan yasal düzenlemeler, profesyonel olmayan ve kayıt dışı hizmetlerin önünü kesememiştir. Bir tarafta Evde Bakım Merkezleri ya da Özürlü Bakım Merkezleri mevzuata uygun faaliyet göstermek için birçok koşul, yasal gereklilik ve ruhsatlandırma sürecini yerine getirirken, diğer yandan İstihdam Büroları yalnızca bir izin belgesi olarak, Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK'in koyduğu yükümlülüklerden sıyrılarak evlerdeki hastalar, engelliler ve yaşlılar için hemşire ve bakım elemanı temin edebilmektedirler. Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye'de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler.

Mevcut durumda evde bakım hizmetleri açısından ülkemizdeki problemler

- Alanla ilgili tanımlamalarda eksiklik, farklılık ve karışıklıklar
- Bilinç eksikliği, algı yanlışlığı
- Multidisipliner yaklaşım eksikliği
- Mevzuat eksikliği ve karışıklığı
- Hizmet verecek personel eksikliği
- Hizmet standartlarının olmayışı
- Eğitim standartlarının olmaması
- Eğitim eksikliği
- Denetim eksikliği
- Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı modellerin oluşmamış olması
- Bakımla ilgili politikaları, mevzuat ve düzenlemeleri üreten kamu kurumları arası koordinasyon ve ortak çalışma eksikliği.
- Kayıt dışı, izinsiz hizmet sunumu ve kaçak çalışmanın yaygınlığı ve bunların sebep olduğu problemler
- Evde bakımda kamu ya da özel finansman sistemlerinin olmayışı, sınırlı olarak gerçekleşen kamu finansmanı uygulamalarındaki eksiklikler
- Bakım sürecine dahil olan aile bireylerinin yalnız kalması, eğitimsiz olmaları ve yeterince destek alamamaları

Evde bakım hizmetleri ile ilgili tüm bu problemlerin temelinde; ülkemizdeki bakım ihtiyaçlarını şimdi ve gelecekte nasıl karşılayabileceğimizle ilgili makro bir planımızın olmaması, sağlık ve sosyal hizmetlere, sosyal güvence sistemine entegre bir ülke modeline sahip olmamız yatmaktadır.

Ülkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay

Evde Bakım Derneği tarafından

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için gerçekleştirilen önemli bir çalışma, 8-9 Nisan 2010'da Ankara'da düzenlenen "Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştay"dır. Çalıştay, ülkemizdeki sağlık sistemi ve sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine cevap verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım hizmet modeli taslağı oluşturmak amacıyla düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye İş Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Hizmet sunanlar (Kamu, Yerel Yönetimler ve Özel), Sivil Toplum Örgütleri, ilgili meslek örgütlerinin temsilcileri olmak üzere toplam 68 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Böylece konuyla ilgili kurumlar ilk defa bu kadar geniş bir katılımı bir araya gelerek ülkemizde evde bakımla ilgili sorunları görmüş ve belirlenen tartışma başlıkları altında model oluşturmaya yönelik çözüm önerileri geliştirmişlerdir.

Çalıştayın hedefleri

Çalıştayda etkin bir evde bakım modeline yönelik öneriler geliştirmek üzere aşağıdaki konuların irdelenmesi hedeflenmiştir:

- a. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan hasta gruplarının, tedavi, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon açısından temel ihtiyaçlarının tanımlanması.
- b. Evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel şirketler, yerel yönetimler, STK gibi farklı yapıların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle koordinasyonları ile ilgili ülkemiz için uygun ve pratik yolların geliştirilmesi.
- c. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan kişilerin hizmete ulaşmasına engel olan faktörlerin tanımlanması ve bunların çözüm yolları için somut çözüm önerilerinin oluşturulması.
- d. Evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartların tartışılması ve saptanması.
- e. Evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin tartışılması.
- f. Evde bakım hizmetinin finansı ile ilgili ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modeli oluşturulabilmesi ile ilgili önerilerin paylaşılması.

Evde bakım ülke modeli için öneriler

Bu ana konular çerçevesinde yapılan grup çalışmalarının sonucunda ortaya çıkan önerilerden bazılarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

Evde Bakım Merkezleri ya da Özürlü Bakım Merkezleri mevzuata uygun faaliyet göstermek için birçok koşul, yasal gereklilik ve ruhsatlandırma sürecini yerine getirirken, İstihdam Büroları yalnızca bir izin belgesi olarak, yükümlülüklerden sıyrılarak evlerdeki hastalar, engelliler ve yaşlılar için hemşire ve bakım elemanı temin edebilmektedirler. Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye'de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler.

1. Hizmet sunucuların ve diğer paydaşların rolleri ve birbirleriyle koordinasyonu:

Evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel şirketler, SHÇEK, yerel yönetimler, STK gibi farklı yapıların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rolleri ve birbirleriyle koordinasyonları için öneriler:

- 1.1. Devletin asli görevi sağlık ve bakım hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Devlet;
 - a) mevzuat oluşturmali,
 - b) hizmet ve kalite standartlarını belirlemeli,
 - c) denetim yapmalı,
 - d) hizmet sunumunda kamu, özel sektör ve kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşları teşvik etmeli,
 - e) belediyeler sosyal bakım ve destek hiz-

Ülkemizde son 15 yılda gelişen evde bakım hizmetlerinin ülke çapında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunulur hale gelmesi için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modelinin oluşturulması gereklidir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamaların iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması lazımdır.

metler konusunda teşvik edilmelidir.

1.2. Tüm hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasında ihtiyaç sahiplerini ve ihtiyacın niteliğinin belirlendiği ortak bir veritabanı oluşturulmalıdır. Bu veri tabanıyla;

- ihtiyaç sahipleri ve ihtiyaçları belirlenebilir,
- hizmetin etkinliği değerlendirilebilir,
- verimlilik ölçülebilir ve değerlendirilebilir,
- mükerrerliği önleme sağlanabilir,
- ulaşılabilirlik değerlendirilebilir.

1.3. Hastalar evde bakıma hastanedeki müdavi hekim veya aile hekimi dışında farklı merkezlerden de sevk edilebilmelidir. Yani evde bakıma çok kanallı başvuru olabilmeli ve verilecek hizmetin içeriği tanımlanacak olan bir "koordinasyon merkezi" tarafından belirlenmelidir.

1.3.1. Hizmet içeriğini belirleyecek bir triyaj ekibi temelinde çalışan bu "koordinasyon merkezi" sunulacak hizmeti takip etmelidir. Hedeflenen bakım modeli evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsamalıdır.

1.3.2. Koordinasyon merkezi hastaların sosyal bakıma ilişkin gereksinimlerini de tespit etmeli, sivil toplum kuruluşları (STK), belediyeler, SHÇEK, kaymakamlık, vakıflar vasıtasıyla sosyal hizmetlerin sunulmasını sağlamalı ve denetlemelidir. Böylece, evde bakım hizmeti farklı kurumlar aracılığıyla verilebilir.

1.3.3. Koordinasyon merkezi, hizmeti

denetlemesinin yanı sıra, hizmet alacak kişilerin ihtiyaçlarına göre danışmanlık hizmeti de vermelidir.

1.3.4. Bu koordinasyon merkezi tarafından ihtiyaç sahiplerine sunulacak "hizmet planı" belirlenmeli, bu plana göre ilgili hizmet vericilere yönlendirme yapılmalıdır.

1.3.5. Koordinasyon merkezine telefonla kolay erişimi sağlamak için tüm Türkiye çapında geçerli olacak ortak bir çağrı numarası oluşturulabilir.

1.4. Hizmet gereksinimi olan kişi istediği merkez veya birimden (kamu veya özel) hizmet alabilmelidir.

Çalıştay sonucunda ortaya çıkan genel yaklaşım; evde sağlık hizmetlerinin kamu hastaneleri, özel evde bakım merkezleri ve birimleri tarafından, sosyal bakım hizmetleri ve sosyal destek hizmetlerinin ise SHÇEK'e bağlı hizmet sunucular, yerel yönetimler ve STK'lar tarafından sunulması yönündedir. Hizmet sunumunda kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşlar ve STK'lar da teşvik edilmelidir.

2. Evde bakım hizmetlerinin entegrasyon sorunları ve entegrasyon modelleri:

Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli olmayıp hizmet sunumunda entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur. Bu kapsamda geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir:

2.1. Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere entegrasyonu:

2.1.1. Yukarıda adı geçen koordinasyon merkezleri SHÇEK İl Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlüklerinin koordinasyonu ile oluşturulmalı, merkez bünyesinde STK ve yerel yönetim temsilcilerinin üyeleri de yer almalıdır.

2.1.2. Uzun vadede sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu sorunu, koordinasyon merkezinin hangi kurum içinde yer alacağı, sağlık ve sosyal hizmetlerin tek bir bakanlık altında yeniden yapılandırılması ile daha kolay çözümlenebilir.

2.2. Kamuda tedavi edici ve temel sağlık hizmetlerinin evde bakım hizmetleri açısından entegrasyonu:

2.2.1. Evde verilecek sağlık hizmetlerinin içeriği birinci basamağın alan ve uzmanlığının dışına çıkabileceğinden evde bakım hizmetlerinin sunumu bütünüyle "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" içinde planlanmamalıdır.

2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kapsamına girecek evde bakım hizmetleri tanımlanmalı, bu tanımlamaya uygun olarak Birinci Basamakta hizmet sunumu sağlanmalıdır.

2.2.3. Evde bakım hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içerecek şekil-

de yürütülmelidir.

3. Evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartlar:

3.1. "Taburculuk planlanması" evde bakım hizmetinin varlığı dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Evde sunulacak hizmetlerin planlaması, hastanenin evde bakım birimi tarafından gerçekleştirilir. Evde bakım birimi, evde bakım planını koordinasyon merkezine bildirmelidir.

3.2. Evde bakım hizmeti sunulacak hastanın sosyal hizmet ihtiyacının değerlendirilmesinde koordinasyon merkezinin görevlendirdiği sosyal hizmet uzmanı görev alır.

3.3. Evde bakım gereksinimi bir görüşe göre her ne kadar çoğunlukla doktor tarafından belirleniyorsa da ideali vaka yönetimi modeli ve multidisipliner yaklaşım ile belirlenmesidir. Hastanın sosyal desteğe ve bakıma gereksinimi bu yaklaşım içinde mutlak yer almalıdır.

3.4. Bakım gereksinimlerini belirleyen multidisipliner ekip içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve gereğinde diğer sağlık profesyonelleri de yer almalıdır.

3.5. Belirlenen evde bakım hizmetinde ihtiyaca göre görev alması gereken meslek gruplarını, doktor, hemşire, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı, bakım destek personeli ve diğer gerekli sağlık disiplinleri oluşturmalıdır.

3.6. Evde bakım hizmetinin belirlenmesi, hizmetin başlatılması, planlanması ve sonlandırılması aşamaları önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve bu standartlara tüm kurumların (kamu, özel, yerel yönetim ve STK) uyması sağlanmalıdır.

3.7. Evde bakım hizmetinin sonlandırılmasına hastaya hizmet veren multidisipliner ekip karar vermelidir, koordinasyon merkezi ve finansmanı sağlayan kurumlar aynı zamanda bilgilendirilmelidir.

3.8. Evde bakım hizmetinin denetlenmesi evde bakım hizmetinin finansmanını sağlayan kurum ve il/ilçe bünyesinde oluşturulan ilgili kuruluş ve STK temsilcilerinden oluşan bir komisyon tarafından yapılabilir. Bir diğer yol da denetimin sadece şikâyet ve kayıt formları üzerinden koordinasyon merkezi tarafından yapılmasıdır.

3.9. Evde bakım hizmetinin denetimi önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve hastanın evde bakım için uygun olup olmadığı, evde bakım gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığı, hizmet veren personelin eğitiminin yeterliliği, doğru kriterlerle hizmetin sonlandırılması dikkate alınmalıdır.

3.10. Denetleme, geliştirilecek Ulusal Ak-

reditasyon Sistemine göre yapılmalıdır.

4. Evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin giderilmesi:

4.1. Evde bakım, multidisipliner bir yaklaşımla sunulan bir hizmet modelidir. Bu nedenle evde bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin birlikte çalışabilirliğini kısıtlayan mevzuat eksiklikleri giderilmelidir.

4.2. Kamuda yapılandırılmış evde bakım ünitelerinde çalışan ekip elemanlarına özendirici nitelikte düzenlemeler yapılmalıdır. Hukuki altyapı düzenlemeleri multidisipliner anlayışı koruyucu ve geliştirici şekilde yapılmalıdır.

4.3. Sağlık Bakanlığı'nın evde bakım hizmetleri sunumuna yönelik mevzuatı (özel ve kamu) birleştirilmeli ve tek tip mevzuat olmalıdır. Bu mevzuat, asgari gereksinime dayalı, organizasyon yapısını dikkate alan ve hizmet standartlarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır. Bu mevzuatta farklı tipte evde bakım hizmet sunucuları tanımlanmalıdır. Kamu/özel hizmet sunumu için asgari standartlar ihtiyaca göre belirlenmelidir. Branşlaşma için farklı ruhsatlandırma/onay süreci olmalıdır (sadece yara bakımı, sadece fizyoterapi, vb).

5. Evde bakım hizmetinin finansı için ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modelinin oluşturulabilmesi:

Evde bakım hizmetlerinin finansman sorununun çözümüne yönelik birçok görüş ortaya çıkmıştır. Bu görüşler çerçevesinde birçok model geliştirilebilir.

5.1. SGK kapsamında uzun dönem bakım gereksinimlerinin karşılandığı bir "Bakım Sigortası" oluşturulmalıdır.

5.2. Evde sağlık hizmetleri Genel Sağlık Sigortası kapsamından, uzun süreli bakım hizmetleri de bakım sigortası kapsamından ödenmelidir.

5.3. Bakım sigortasının içeriği yukarıdaki iki öneriden hangisi olursa olsun, söz konusu bakım sigortası için ek prim alınmayabileceği gibi "bakım sigortası fonu" ek prim ödemesi ve vergiler ile de oluşturulabilir.

5.4. Bakım sigortası teminatları detaylı bir çalışma ile belirlenmeli, herhangi bir gereksinim açıkta kalmamalıdır. Oluşturulacak modelde evde sağlık ve bakım için hastadan katkı payı alınabilir.

5.5. Evde bakım finansman sisteminin yapılandırılması için "Çalışma Komisyonu" oluşturulabilir. Komisyonunda ilgili kurum, STK, meslek örgütleri ve üniversite temsilcileri bulunmalıdır.

5.6. Özel bakım sigortaları teşvik edilmelidir.

5.7. Birinci basamakta sunulan evde ba-

kım hizmetinin ücretlendirilmesi; aile sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetler içinde tanımlanmalı ve çeşitlendirilmiş paketler halinde ücretlendirilmelidir.

5.8. Evde bakım hizmetlerinin finansmanına özel modeller geliştirilene dek kamu hastanelerindeki evde bakım birimlerinin hizmetleri SGK tarafından ödenecek şekilde sistemde yer almalıdır. Evde bakım birimlerinde çalışanlar personel cetvelinde yer almalı, evde bakım birim personeli olduğu belirtilmelidir. Ücretlendirilme, bu cetvel üzerinden yapılmalıdır. Bu sisteme göre hizmet maliyetlerinin hesaplanması daha gerçekçi olacaktır.

5.9. Kamu hastanelerindeki evde bakım birimleri; döner sermaye ve performans yönetmeliğindeki özellikli birimler (acil, enfeksiyon komitesi vb.) arasında yer almaz.

5.10. Mevcut ödeme uygulamalarındaki suistimaller ve verimsizlikler (ilaç, tıbbi cihaz vb. ödemeler) denetlenmeli; bu çalışma sonucunda elde edilecek olan kaynaklar da evde bakım sistemi için kullanılmalıdır.

5.11. Mevcut durumda evde kullanılan oksijen, solunum cihazı vb. gibi bazı ürünlerinin satın alınması için SGK tarafından ödeme sağlanmaktadır. Ancak cihazların uygun ve güvenli koşullarda kullanımı için, eğitim, periyodik bakım ve kontrol, teknik destek ve kalibrasyonu gibi hizmetler mevcut değildir. Bu hizmetlerin de modele ilave edilmesi gerekir.

Sonuç olarak ülkemizde son 15 yılda gelişen evde bakım hizmetlerinin ülke çapında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunulur hale gelmesi için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modelinin oluşturulması gereklidir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamaların iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması lazımdır. Bu süreçte yurt dışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin Türkiye'ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir. Evde bakım modelinin geliştirilmesi bu alana ayrılan ve ayrılacak kaynakların verimli kullanımı ve gelecekte artacak bakım ihtiyacını karşılayabilmek için hazırlıklı ve planlı olmak açısından da kaçınılmazdır.

Kaynaklar

Dünya Sağlık Örgütü (Kasım 2003) Gender, Health and Ageing

Dünya Sağlık Örgütü istatistikleri, www.who.org

Economic Policy Committee (2001) "Budgetary challenges posed by ageing populations"

Evde Bakım Derneği (20-23 Nisan 2008). II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp> (Erişim tarihi: 15.06.2011).

Evde Bakım Derneği (8-9 Nisan 2010) Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalışmayı Sonuç Raporu, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp> (Erişim tarihi: 15.06.2011).

May V, Onarcan M, Olechowski C, Mayron Z. (Ocak 2004). International Perspectives on the Role of Home Care and Hospice in Aging and Long Term Care, Caring Magazine, A.B.D

Prof. Dr. Behar C., Doç. Dr. Işık O., Doç. Dr. Güvenç M., Prof. Dr. Erder S., Yrd. Doç. Dr. Ercan H., (Ocak 1999) Türkiye'nin Fırsat Penceresi Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. TÜSIAD Yayınları, İstanbul

Suther M., (Ekim 2003) An Aging Population: Science, Business and Public Policy. Caring Magazine, A.B.D.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi, (Aralık 2002) Türkiye Özürlüler Araştırması

T.C. Sağlık Bakanlığı, (Şubat 2006), Kronik Hastalıklar Raporu